

DEPRESSIONEN UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE EHEFÄHIGKEIT

von Beatrix Laukemper-Isermann

I. EINLEITENDE GEDANKEN

In den letzten Jahren steigen depressive Erkrankungen, *burn-out*-Syndrome und Selbsttötungen in unserer Gesellschaft an. Ein Artikel aus KNA vom 1.6.2016 berichtete von einer Belastung der Volkswirtschaft mit jährlich mehr als 8 Milliarden Euro wegen psychischer Erkrankungen, insbesondere wegen depressiver Episoden. Dafür lassen sich verschiedene Gründe ausmachen: Unsere Berufswelt ist sehr leistungsorientiert, Leistung und darauf bezogene Anerkennung, die zunehmende Scheidungsrate sowie das Fehlen einer Grundüberzeugung für das Leben dürften unter anderem für den Anstieg psychischer Erkrankungen eine Rolle spielen. Das vor kurzem erschienene Buch *Psychoanalyse der Depression* aus der Kohlhammer-Reihe „Psychoanalyse im 21. Jahrhundert“¹ greift diese Thematik auf: „Die depressive Erkrankung, die lange als eine Art Schnupfen unter den seelischen Störungen galt, hat dieses belächelte Image lange schon abgestreift und wird mittlerweile zu den großen Geißeln der Menschheit gerechnet. Patienten mit depressiven Störungen stellen also einen sehr großen Teil der Behandelten, sowohl in ambulanter als auch in stationärer Psychotherapie. Das große persönliche Leid der Patienten, aber auch die gesellschaftlichen Folgekosten unterstreichen die Bedeutung der Behandlung von Depressionen und es gibt viel wissenschaftliche Evidenz, dass die depressiven Störungen einen großen Beitrag zur ‚Global Burden of Diseases‘, der globalen Krankheitslast, leisten“².

Umso mehr ist es von Interesse, sich der Frage nach der Bedeutung einer depressiven Störung für Partnerschaft, Ehe und Familie zu stellen. Dies soll hier insbesondere in Bezug auf die Anforderungen an eine kirchlich gültige Eheschließung geschehen, zumal dieses Thema bislang in der kirchlichen Eherecht-

1 Huber, D. / Klug, G. (Hrsg.), *Psychoanalyse der Depression. Verstehen - Behandeln - Forschen*. Stuttgart 2016.

2 Ebd., 18. An dieser Stelle sei die Frage gestellt, inwiefern der psychoanalytische Ansatz mit der Forderung der kirchlichen Rechtsprechung kompatibel ist, bei der Bewertung psychischer Störungen das christliche Menschenbild – den Menschen als freie Person – zugrunde zu legen.

sprechung so gut wie gar nicht vertreten ist. Da die kirchlichen Gerichte aber dazu aufgefordert sind, bei ihrer Rechtsprechung auch die gesellschaftlichen Situationen und die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen, bedarf es einer Neuorientierung. Das ist in einer Zeit, in der die Corona-Pandemie die Menschen zwingt, sich auf ein stark reduziertes Berufs- und Privatleben einzustellen, nochmals von großer Bedeutung. Menschen können gerade in dieser Situation in Depression fallen.

II. SYMPTOMATIK DER DEPRESSIVEN ERKRANKUNG

Bei der Depression handelt es sich um eine affektive Störung, die sich in verschiedenen Formen und Krankheitsanzeichen ausdrücken kann³. Eine sehr interessante, weil persönliche Beschreibung dessen, was eine Depression bedeutet, gibt es in dem von Anne RÜFFER herausgegebenen Buch *Mittendrin und nicht dabei. Mit Depressionen leben lernen* (Haffmans Sachbuch Verlag Zürich 1999⁴). Genannt werden folgende Kriterien:

- „Anhaltende depressiv-gedrückte Stimmung
- Anhaltender Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die üblicherweise angenehm waren
- Verlust des Selbstvertrauens
- Selbstvorwürfe und ausgeprägte Schuldgefühle
- Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid
- Grübeln oder Gedankenkreisen ohne erleichternde Lösung
- Schwierigkeiten, Entscheidungen zu fällen
- Vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen“

Dazu kommen auch körperliche Symptome:

- „Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

³ Vgl. DSM-III-R: Depression mit manischer Episode, Hypomanische Episode, Major Depression, chronischer Typus, melancholischer Typus oder eine saisonal abhängige Verlaufsform, bipolare Störungen in Form von bipolarer oder zyklischer Störung; vgl. DSM-IV, 375-424 mit differenzierter Symptom- und Diagnosebeschreibung der einzelnen affektiven Störungen; DSM-5 mit der Unterscheidung der Bipolar I und Bipolar II Störung, der zyklischen Störung und weiteren verwandten Störungen (Falkai P. / Wittchen, H.-U. [Hrsg.], Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen u.a. 2015, 167-208). Vgl. des weiteren: HEIDL, S., Psychische Störungen und ihre Begutachtung im Ehenichtigkeitsprozess. (AIC 48) Frankfurt a.M. 2009, 117-126.

- Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, selten gesteigertes Schlafbedürfnis
- Morgendliches Stimmungstief mit abendlicher Aufhellung
- Appetit- und Gewichtsverlust, selten gesteigerter Appetit
- Abnahme sexueller Interessen
- Hartnäckige, nicht auf Behandlung ansprechende Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verdauungsprobleme, allgemeine Schwäche, Schwindel, chronische Schmerzen u.a.

In schweren Fällen treten psychotische Symptome hinzu:

- Wahn zu verarmen, am Unglück der Welt Schuld zu sein, innerlich abzusterven, verfolgt zu werden, zum Untergang verurteilt zu sein, sich unrettbar versündigt zu haben usw.
- Sinnestäuschungen wie vorwurfsvolle Stimmen, die einem Sünde, Versagen und Wertlosigkeit vorwerfen. Das körperliche Empfinden, innerlich tot zu sein, Puls und Atem nicht mehr zu spüren. Das Riechen von Verwesung aus dem vermeintlich leblosen eigenen Körper“.

Eine kürzere Beschreibung der Symptome einer Depression liegt mit dem Ratgeber *Angst-Depression* der TK von 2001 vor. Hier wird ausdrücklich zwischen vorübergehender Niedergeschlagenheit und/oder Traurigkeit und der Depression unterschieden: „Jeder Mensch ist mal schlechter Stimmung und bläst Trübsal. Das ist normal. Wenn aber Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit länger andauern und unerträglich stark sind, könnte es sein, dass es sich um eine Depression handelt. Anzeichen einer Depression können auch eine starke Antriebslosigkeit oder auf der anderen Seite eine sehr starke innere Unruhe sein. Typisch für Depressive ist ein ständiges Grübeln, das die oft vorhandenen Einschlafstörungen noch verstärkt“⁴.

Von grundlegender Bedeutung ist die Erkenntnis, „dass die Depression prinzipiell als eine wiederkehrende Störung aufgefasst werden muss“. Deshalb habe Ende des 20. Jahrhunderts ein Paradigmenwechsel in der Auffassung der depressiven Störungen stattgefunden: weg von der Betrachtung der depressiven Erkrankung als einer einzelnen Krankheitsperiode, hin zu einer prinzipiell wiederkehrenden Erkrankung.⁵

4 <http://www.ratgeber-angst-depressionen.de/6.html>

5 Huber/Klug (Hrsg.), *Psychoanalyse der Depression* (s. Anm. 1), 21 und 24: „Es handelt sich bei der Depression um eine gravierende psychische Erkrankung, deren große Verbreitung wie auch zunehmende Chronizität ein wachsendes Problem für das erkrankte Individuum wie auch die Gesellschaft darstellt; in diesem Zusammenhang wird zu Recht von der ‚Volkskrankheit Depression‘ gesprochen“. Vgl. DSM IV, 403.

III. DIE MANISCHE ERKRANKUNG UND IHRE SYMPTOME

Sozusagen die Gegenseite der Depression ist die Manie, in der besonderen Form der manisch-depressiven (= bipolaren) Erkrankung wechseln sich Depression und Manie ab. Anders als bei der Depression, die in eine Leere führt, ist die Manie u. a. durch gesteigerte Aktivität gekennzeichnet. Beschrieben werden folgende Symptome:

- Anhaltende gehobene oder gereizte Stimmung
- Rededrang und Gedankenrasen
- Gesteigerte Aktivität, Ruhelosigkeit
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Verlust von sozialen Hemmungen, leichtfertiges Verhalten wie z.B. riskante Geldausgaben und Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren
- Überhöhte Selbsteinschätzung
- Gesteigertes sexuelles Verlangen und Taktlosigkeit
- Bei Widerspruch Tendenz zu Aggressivität
- Psychotische Symptome wie Größen-/Allmachtswahn; Stimmen, die einem einreden, z.B. ein bedeutender Staatsmann, Gott, ein Heiler oder sonst eine Persönlichkeit mit außergewöhnlichen Fähigkeiten zu sein.“⁶
- Die manische Erkrankung tritt häufig im Wechsel mit depressiven Phasen auf (bipolare Störung).
- Seit DSM IV werden die bipolare Störung I (mehrere manische oder gemischte Episoden, einhergehend mit einer Major Depression⁷) und die bipolare Störung II (eine oder mehrere Episoden einer Major Depression

6 Vgl. JOSURAN, R. / HOEHNE, V. / HELL, D., *Mittendrin und nicht dabei. Mit Depressionen leben lernen*. Zürich 41999, 31-32. Die Auflistung der Symptome einer Depression oder manisch-depressiven Erkrankung richtet sich nach HELL und BRIDLER (vgl. Literaturhinweise, 262). Vgl. auch BRUNNHUBER, S. / FRAUENKNECHT, S. / LIEB, K., *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. München u.a. 52005, 156 f.

7 Vgl. DSM IV, 375: „Die Major Depression ist durch eine oder mehrere Episoden einer Major Depression (d.h. mindestens zwei Wochen mit depressiver Verstimmung oder Interessenverlust sowie zusätzlich mindestens vier Symptome der Major Depression) gekennzeichnet.“ Zu diesen Symptomen zählen: Veränderungen in Appetit oder Gewicht, in Schlaf und psychomotorischer Aktivität, Energiemangel, Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld, Schwierigkeiten beim Denken, bei der Konzentration oder der Entscheidungsfindung oder wiederkehrende Gedanken an den Tod bzw. Suizidabsichten, Suizidpläne oder Suizidversuche“ (ebd., 380).

und mindestens eine Hypomane Episode) voneinander unterschieden.⁸ In DSM-5 wird schließlich das Kapitel Bipolare und Verwandte Störungen getrennt von dem Kapitel Depressive Störungen dargestellt.⁹

Ein Beispiel: „Eine 39-jährige Verkäuferin wird von ihrem Ehemann zur stationären Aufnahme gebracht, nachdem sie die Familie nächtelang durch einen Gebets- und Singmarathon wach gehalten hatte. Sie trägt ein langes rotes Kleid, ist in den grellsten Farben geschminkt, reichlich mit Schmuck behangen. Sie spricht schnell und ist kaum zu bremsen. Wenn man sie unterbrechen will, wird sie aggressiv und fängt an zu singen und Gott zu preisen, dass er ihr die Gabe zu singen geschenkt habe, um die ganze Welt damit zu beglücken. Die Patientin wurde wegen ähnlicher Vorfälle bereits dreimal stationär behandelt. Zwei und vier Jahre zuvor hatte sie Episoden einer schweren Depression mit akuter Suizidalität, die ebenfalls eine stationäre Therapie notwendig gemacht hatten.“¹⁰

IV. WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Ein Blick in das Buch mit dem Titel *Mittendrin und nicht dabei sein* lohnt sich an dieser Stelle. Es gibt einen Briefwechsel zwischen Ruedi JOSURAN und Verena HOEHNE wieder, in dem sie ihren jeweiligen „Zustand“ beschreiben. „Ruedi JOSURAN und Verena HOEHNE gehören beide zu den Menschen, die an und unter Depressionen leiden. Ihr Mut, offen und ehrlich über ihr Leben mit dieser Krankheit zu sprechen, hat mich dazu bewogen, das vorliegende Buch herauszugeben“ – so Anne HÜFFER¹¹.

Daniel HELL, Co-Autor des Buches, spricht von einer gemeinsamen Erfahrung, die Ruedi JOSURAN und Verena HOEHNE dazu befähigte, einander zu verstehen, während es für Nicht-Betroffene oftmals schwierig sei, die Verhaltensweisen und Erlebnisswelt depressiv Erkrankter zu begreifen. „Was ist das Gemeinsame dieser depressiven Erfahrung?“ fragt er. „Es ist zunächst das widerwillige Erleben, daß sie nicht empfinden und handeln können, wie sie es gewohnt sind. Es fehlt ihnen etwas schwer Definierbares, was sonst das Leben auszeichnet“¹². Es geht um Leere, um Abwesenheit des Lebens, um „Losigkeit“ im Sinne eines Wegfallens von Lebenseigenschaften. „Das gewohnte Leben scheint unterbrochen oder gar als abgebrochen. Andere Autoren haben vom ‚Stillstand des

⁸ Vgl. DSM IV, 376.

⁹ Vgl. DSM-5, 165-208 und 209-253.

¹⁰ JOSURAN/HOEHNE/HELL, *Mittendrin* (s. Anm. 6), 156-157.

¹¹ Ebd., 7

¹² Ebd., 24

Lebens‘, von der ‚Hemmung des Daseins‘ oder vom ‚lebendigen Totsein‘ gesprochen.“¹³

Bedenkenswert ist, dass es sich dem Autor zufolge nicht um eine Krankheit mit einzelnen Symptomen handelt, sondern um eine depressive Grunderfahrung, die von folgenden Symptomen begleitet wird: „Ein Depressiver leidet nicht nur an Schlaf- oder Appetitlosigkeit, an Konzentrations- und Gedächtnisstörung, an Schuld- oder Angstgefühlen. Zwar treten solche Nöte zur depressiven Grunderfahrung meist hinzu, aber sie bilden gleichsam nur *die äußere Schale des depressiven Erlebens*, dessen Inneres sich dem symptomorientierten Zugang entzieht“¹⁴.

In seinem jüngst erschienen Buch *Depression als Störung des Gleichgewichts*¹⁵ wird dieser Gedanke noch einmal deutlicher: Die Depression ist eine Erkrankung, die den ganzen Menschen als Person betrifft und nicht allein anhand von Einzel-Symptomen diagnostiziert werden kann. Sie betrifft die *Person*, nicht nur einzelne Erscheinungsformen wie Schlaflosigkeit, Lustlosigkeit, innere Lähmung: „Infolgedessen scheint es mir nach wie vor sehr wichtig zu sein, das depressive Geschehen nicht nur an den vorliegenden Symptomen zu erkennen, sondern das ganzheitliche Erleben, die depressive Gestalt eines Menschen, im Blick zu behalten. Denn eine Person leidet nicht nur an einzelnen Beschwerden, sondern vor allem an der gesamten Veränderung ihrer Gestimmtheit und ihres Antriebs“.¹⁶

Ruedi JOSURAN zitiert dazu einen Ausschnitt aus dem Buch *Vom Sinn der Schwermut* (Zürich 1949) von Romano GUARDINI: „Eine Last liegt auf dem Menschen, die ihn niederdrückt, daß er in sich zusammensinke, daß die Spannung der Glieder und Organe nachlasse, daß Sinne, Triebe, Vorstellungen, Gedanken erlahmen, der Wille schlaff, Drang und Lust zu Werk und Kampf matt werden. Eine innere Fessel legt sich vom Gemüt her auf alles, was sonst frei springt, sich rührt und wirkt. Die Spannfürche des Entschlusses, die Kraft der klaren und scharfen Umreißung, der mutige Griff der Formung, das alles wird müde, gleichgültig. Der Mensch meistert das Leben nicht mehr, er kommt im drängenden Voran nicht mehr mit. Ereignisse knäulen sich um ihn, er sieht nicht

¹³ JOSURAN/HOEHNE/HELL, Mittendrin (s. Anm. 6), 25

¹⁴ Ebd., 25 f. Vgl. dazu auch PROFITA, M., L'incidenza della depressione nel consenso matrimoniale ai sensi del can. 1095: Anuario de derecho canónico 1 (2012) 77-93 sowie die Rezension von Nikolaus SCHÖCH zu der Dissertation der Autorin L'incidenza della depressione nelle cause canoniche di nullità del matrimonio: profili medico-legali e probatori. Rom 2006: DPM 14 (2007) 623-627.

¹⁵ HELL, D., Depression als Störung des Gleichgewichts. Wie eine personbezogene Depressionstherapie gelingen kann, Stuttgart 2012/2013.

¹⁶ Ebd., 12

mehr durch, mit einem Erlebnis wird er nicht mehr fertig, die Aufgabe türmt sich vor ihm wie ein Berg, unübersteiglich“¹⁷.

Der Autor kommentiert: „Das entspricht ja oft genau dem depressiven Erleben, man sagt sich, niemand hat es so schwer wie ich, man ist überzeugt, nichts zu sein in allem, was man macht, das Selbstvertrauen ist im Keller, und man sieht nur Hindernisse. Es mangelt sicher auch an einem klaren und festen Auftreten gegenüber anderen Menschen. Das Dunkel oder die Leere ist die einzige Wahrheit, die man noch hat, die Wahrheiten, die man sonst im Leben hatte, bleiben verhüllt“¹⁸.

Josef HUBER, ehemals Richter an der Rota Romana, hat sich mit den verschiedenen Formen depressiver Erkrankung, vor allem aber mit der maskierten Depression auseinandergesetzt¹⁹. Auf eine Fallbeschreibung kann verzichtet werden, denn sie ist in DPM 9 von 2002 veröffentlicht worden. Wichtig sind mir die Erläuterungen zur Rechtslage und zum Begriff der maskieren/larvierten Depression. Diese ist durch das Auftreten vor allem körperlicher Symptome gekennzeichnet, hinter denen sich die depressive Grunderkrankung verbirgt. Die körperlichen Beschwerden sind also die Maske der depressiven Störung, in ihnen drückt sich das seelische Grundproblem aus. Es handelt sich dabei nicht um eine Depression, die als Reaktion auf ein traumatisierendes Ereignis eintritt (wie z.B. die schwere, unheilbare Erkrankung einer nahestehenden Person, deren Tod und die darauf folgende reaktive Depression), sondern – und hier kann man wieder die Erkenntnisse von Daniel HELL hinzuziehen – um eine die ganze Person betreffende Einschränkung. Josef HUBER macht diese notwendige Unterscheidung deutlich: „Für den Arzt ist es nicht leicht, eine maskierte Depression zu diagnostizieren. Oft beschreibt der Patient im Rahmen seiner psychomotorischen Hemmung oder aus Scheu keine psychischen Symptome, sondern fast ausschließlich körperliche Beschwerden. ... Der Arzt muss die depressive Symptomatik gezielt explorieren. Die larvierte Depression ist durch multiple leibliche Missempfindungen wie Kopf- und Rückenschmerzen oder andere unspezifische Störungen der Atmung, des Herzens, des Magen-, Darm- oder Urogenitaltraktes gekennzeichnet. Durch geduldiges Nachfragen nach Interesse-, Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Hoffnungslosigkeit, Selbstvorwürfen kann die richtige Diagnose gefunden werden“²⁰.

17 Zitiert nach JOSURAN/HOEHNE/HELL, Mittendrin (s. Anm. 6), 52

18 Ebd., 52 f.

19 HUBER, J., Die maskierte Depression und die *Discretio Iudicii*. Eine Urteilsfindung zwischen Neurologie und Psychiatrie: DPM 9 (2002) 37-54.

20 Ebd., 47.

V. MANISCHE DEPRESSION BZW. BIPOLARE STÖRUNG ALS EHENICHTIGKEITSGRUND?

Die Grundfesten des kirchlichen Eheverständnisses sind bekannt:

- Die Ehe kommt durch den freien und überlegten Konsens der Partner zustande;
- die Eheschließung begründet einen Bund, das *consortium totius vitae*, eine Gemeinschaft des ganzen Lebens zwischen den Partnern;
- diese ist unauflöslich, beinhaltet die Verpflichtung zur Treue und ist auf gemeinsame Kinder und das beiderseitige Wohl (*bonum coniugum*) hin geordnet.
- Liegen zur Zeit der Eheschließung Mängel im Konsens vor oder besteht irgendeines der im Recht genannten Hindernisse, von dem nicht dispensiert wurde, erfolgt keine gültige Eheschließung.

Nun stellt sich die Frage: Inwiefern kann sich eine depressive Erkrankung, vor allem der manischen bzw. bipolaren Form, auf die Gültigkeit der Eheschließung auswirken?

Dass es Zusammenhänge zwischen depressiver Erkrankung und der Urteilsfähigkeit und Willensfreiheit eines Menschen gibt, dürfte unstrittig sein²¹. Je nach Schwere der Erkrankung ergibt sich daraus ggf. die Schlussfolgerung einer mangelnden Urteils- oder auch Eheführungsfähigkeit, vielleicht sogar eines Mangels an Vernunftgebrauch (c. 1095, 1°-3°). Soweit die allgemeine These²².

Ein Beispiel aus der diözesanen Rechtsprechung kann vielleicht verdeutlichen, worum es letztlich geht:

Die Prozessfrage in diesem Verfahren lautete:

„Steht es fest, dass die zwischen AB und XY am in ... geschlossene Ehe nichtig ist wegen Fehlens der Voraussetzungen zur Ehe auf Seiten des Mannes gem. can. 1095 CIC?“

Beide Parteien sagten aus, dazu wurden zwei Zeugen vernommen. Ein sachverständiger Zeuge nahm schriftlich Stellung, die vorgesehene Gutachterin (Dipl. Psych.) sah sich allerdings „aufgrund des vorliegenden Aktenmaterials nicht zu einer zweifelsfreien Klärung der psychischen Situation des Klägers zur Zeit seiner Eheschließung in der Lage“. Daraufhin reichte der Kläger eine nervenärztliche Stellungnahme ein und es wurde eine andere Gutachterin beauftragt.

21 Vgl. HUBER, Die maskierte Depression (s. Anm. 19), 37-54.

22 Vgl. ZUANAZZI, G., *Psicologia e Psichiatria nelle cause Matrimoniale Canoniche*. Vatikankstadt 2006, 144.

Der Kläger, Arzt von Beruf, hielt sich in Südafrika auf, als sein Vater plötzlich verstarb. Heute wisse er, dass er damals in eine depressive Phase fiel, die einige Monate später in eine manische Hyperaktivität mündete. Diesen Wechsel von depressiven und manischen Episoden habe er in den Folgejahren mehrfach erlebt. Zur Zeit der Eheschließung habe er sich in einer depressiven Phase befunden. Ein Jahr nach der Heirat verordnete man ihm Antidepressiva, eine psychiatrische Behandlung erfolgte erst zwei Jahre später. Die 1984 geschlossene Ehe scheiterte nach vier Jahren.

Sein Denken, Fühlen und Handeln zur Zeit der Eheschließung beschreibt der Kläger als mechanisch, nicht wirklich frei und nicht selbstbestimmt. Erst durch die spätere ärztliche Behandlung sei er zu der Erkenntnis gelangt, zur Zeit der Heirat depressiv gewesen zu sein.

Auffällig an seiner Kindheit und Jugend war die Dominanz seines Vaters. Während der Studienzeit habe sich aber ein kameradschaftliches und gutes Verhältnis zu ihm entwickelt und sein plötzlicher Tod habe bei ihm (dem Kläger) das Gefühl ausgelöst, „dass es noch eine Menge an Unausgesprochenem gab“.

Noch in der Trauerphase fand die Verlobung der Parteien statt, ein Jahr später heirateten sie standesamtlich und kirchlich; dabei spielte auch das Drängen des zukünftigen Schwiegervaters eine Rolle.

In der auf die Depression folgenden manischen Phase habe er sehr viele zusätzliche Notdienste gemacht, Aufgaben übernommen, die nicht seinem Ausbildungsstand entsprachen, eine Kneipe geführt, trotz seines großen Arbeitsaufkommens regelmäßig seine Mutter besucht und mit dem Gefühl gelebt, durch die Berufstätigkeit allein nicht ausgelastet zu sein. Er sei rücksichtslos gewesen und habe kaum daran gedacht, wie seine Umwelt sein Verhalten bewerten würde. Die Ehe sei dabei zu kurz gekommen, weil kaum Zeit füreinander blieb. Die Nichtklägerin habe einmal seinem behandelnden Arzt gegenüber geäußert, dass er ihr in seinen depressiven Phasen am liebsten sei, weil er dann mehr zuhause wäre.

Als die erste manische Phase seiner Beschreibung nach wieder zu Ende war, sei er von jetzt auf gleich in die Depression gefallen: „Ich könnte das am besten mit dem Bild beschreiben, was passiert, wenn man mit dem Auto aus dem hellen Sonnenlicht in einen unbeleuchteten Tunnel einfährt. Plötzlich ist es – statt hell und angenehm – dunkel und unangenehm. Während ich zuvor mit 5 Stunden Schlaf ausgekommen bin und fast Sorge hatte, dass ich meinem Hyperaktivitätsdrang nicht nachkommen konnte, änderte sich jetzt alles. Die 8 Stunden Arbeit, die ich zu leisten hatte, wurden mir zu viel. Sämtliche Sozialkontakte wurden für mich zu einer unerträglichen Last. Ich kann mich noch sehr genau erinnern, dass ich nachmittags auf dem Balkon gesessen bin und 2, 3, 4 Stunden in meine Kaffeetasse gestarrt habe. Die Antriebslosigkeit war für mich unerträg-

lich“. Er berichtet auch von einsetzenden Schlafstörungen, wobei das Schlafen für ihn eine Flucht gewesen sei.

Zur Zeit der standesamtlichen Eheschließung habe er schon auf Medikamente zurückgegriffen. Als die Parteien zusammenzogen, habe er seine Zeit nachmittags tatenlos auf der Terrasse verbracht. Er habe auf seine Partnerin gewartet, die ihn über seine depressive Phase hinwegtäuschen sollte. Diese depressive Phase habe über die kirchliche Eheschließung hinaus bis Ende September 1984 bestanden.

Die Nichtklägerin bestätigt, dass es diesen mehrfachen Wechsel von der depressiven in die manische Phase und umgekehrt bei ihrem Verlobten gab. Sie bringt die Erkrankung mit dem plötzlichen Tod seines Vaters in Verbindung. Allerdings fällt es ihr schwer zu beurteilen, ob der Kläger sich zur Zeit der Eheschließung in einer depressiven Phase befand.

Seine Mutter beobachtete ein auffälliges Verhalten im Zusammenhang mit dem Tod des Vaters: „In der nachfolgenden Zeit ist mir eine gewisse Hektik bei ihm aufgefallen. Ich habe das damals darauf zurückgeführt, dass er durch den Tod seines Vaters irgendwie geschockt war. Es war eine gewisse Hektik, die sich ablöste mit einer gewissen Passivität“.

Ein Freund des Klägers bestätigt dessen Verhaltensauffälligkeiten, die sich nach dem Tod des Vaters verstärkt zeigten. Auch er spricht von sich abwechselnden depressiven und manischen Phasen (Sommer-/Winterzyklus): „Mir ist der Hinweis wichtig, dass der Kläger zur Zeit der Eheschließung damals ernsthaft psychisch krank war. Bevor die Erkrankung bereits manifest war, sind die manisch-depressiven Phasen regelmäßig aufgetreten, zunächst in schwächerer Form. Man hat auch zunächst das Verhalten nicht richtig eingeordnet, aber es waren schon lange vor der Behandlung Symptome vorhanden, d. h. sie traten periodisch immer wieder auf.“

Der behandelnde Arzt stellte die sichere Diagnose einer bipolaren Affektpsychose, deren Beginn er vor den Zeitpunkt der Eheschließung datierte. Es habe sich um eine intermittierende Erkrankung mit jeweiligen Vollremissionen gehandelt. Ob der Kläger sich zum Zeitpunkt der Eheschließung in einer manisch-depressiven Phase befand, könne er jedoch nicht mit Gewissheit sagen.

Die in I. Instanz zu Rate gezogene Gutachterin kam anhand der Akten zu dem Ergebnis, dass der Kläger „seelisch krank“ und nicht fähig gewesen sei, die Tragweite einer ehelichen Gemeinschaft zu erfassen, und zwar „weder in der manischen, noch in der depressiven Phase“.

Die Ehebandverteidigerin I. Instanz meinte, dass der Kläger weder eine Ehe führen konnte noch in der Lage dazu war, eine verantwortliche Entscheidung für die Ehe zu treffen. Das Gericht I. Instanz urteilte positiv zu c. 1095, 2° und 3° CIC auf Seiten des Klägers.

In II. Instanz wurde erneut ein ordentliches Verfahren aufgenommen. Die Schwiegermutter des Klägers widersprach dem Ergebnis des Gutachtens I. Instanz und rekurrierte auf ein eisklares Urteilsvermögen und eine freie Willenserklärung des Klägers zur Zeit der Eheschließung. Bei der Eheschließungsfeier seien acht in der Psychiatrie erfahrene Ärzte da gewesen, denen keine Besonderheiten im Verhalten des Klägers aufgefallen seien. Auch der Schwiegervater des Klägers beschreibt ihn als „einen ganz normalen Menschen“ zum Zeitpunkt der Eheschließung und spricht von einer „normalen Zwischenphase“, was bedeutet, dass er von einer teilremittierenden und rezidivierenden Erkrankung²³ ausging. Beide Eltern des Klägers waren in der Psychiatrie tätig.

In II. Instanz wurde ein psychiatrisches und tiefenpsychologisches Gutachten eingeholt, in dem von einer „Störung der Identitätsentwicklung mit unzureichender psychischer Autonomie“ vor allem in Bezug auf den emotionalen Bereich, aber auch hinsichtlich der Fähigkeit zur Selbstdistanz und zur Selbstreflektion gesprochen wird. Diesem Gutachten ging eine Exploration des Klägers voraus. Auf diesem Hintergrund – insbesondere der Idealisierung des Vaters und dessen plötzlichem Tod – würden die Phasen zwischen Depression und Hyperaktivität verständlich und glaubwürdig. Aus psychiatrischer Sicht diagnostiziert er eine bipolare affektive Störung nach ICD-10 F 31²⁴. Entscheidend ist folgender Satz des Gutachtens: „In der Beurteilung der Voraussetzungen für die Eheschließung geht es nicht darum, was für einen Eindruck RH bei der Hochzeit gemacht hat, sondern vielmehr ist zu bedenken, ob vorher der Entschluss zu Verlobung und Heirat eine freie Willensbestimmung ... war“. Diese sieht der Gutachter als nicht gegeben an. Er spricht von einer schweren Reifungsstörung, die die Urteilsfähigkeit und die Konfliktfähigkeit erheblich beeinträchtigte, sowie einem mangelnden emotionalen Zugang zu sich und der Nichtklägerin. Die manisch-depressive Erkrankung sieht er auf diesem Hintergrund.

VI. URTEILE DER ROTA ROMANA

Die Suche nach jüngeren Rota-Urteilen zum Thema Depression/bipolare Störung ist nicht sehr ergiebig ausgefallen. Zunächst geht es um ein Urteil c. ALWAN vom 24.4.1998,²⁵ das in III. Instanz erging. In I. Instanz wurde ein negati-

23 Vgl. DSM IV, 415.

24 „Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte (d. h. wenigstens zwei) Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Bei dieser Störung treten einmal eine gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb und Aktivität (Manie oder Hypomanie) auf, dann wieder eine Stimmungssenkung, verminderter Antrieb und Aktivität“: ICD 10, F31.

25 RRDDec 90 (2003) 322-331.

ves Urteil gefällt, die II. Instanz urteilte ohne weitere Beweise positiv. Daraufhin legte der Ehebandverteidiger II. Instanz Berufung an die Rota Romana ein.

Iwan war 24 Jahre alt, als er die 20-jährige Magdalena heiratete. Sie lernten sich 1973 kennen, verlobten sich 1976 und heirateten ein Jahr später. Sie bekamen drei gemeinsame Kinder, trennten sich aber schon 1983 während der dritten Schwangerschaft. Am 12.11.1986 legte Iwan seine Klage vor: „I make plea on the grounds that I lacked ability to assume the responsibilities of marriage“. Dementsprechend erfolgte die Festlegung der Prozessfrage auf Nichtigkeit der Ehe wegen c. 1095, 2° und 3° CIC. Außer den Partei- und Zeugenaussagen lagen auch die Aussage eines Hausarztes und ein psychologisches Gutachten vor.

Die Rechtslage beruft sich auf c. 1057 CIC und verlangt zwei Bedingungen für eine gültige Eheschließung, nämlich die Fähigkeit zur Eheschließung und die legitime und gültige Konsensabgabe beider Parteien. Der Mangel im Urteilsvermögen sowie die Hindernisse für die Eheführungsfähigkeit müssten zur Zeit der Eheschließung vorliegen. Spätere Probleme und Schwierigkeiten führten nicht zur Nichtigkeit einer Ehe, und nicht jede Ehe, die scheitert, sei automatisch ungültig. Soweit der rechtliche Rahmen.

Als Grund für eine Eheunfähigkeit werden in der Rechtslage psychische Anomalien oder schwerwiegende Persönlichkeitsstörungen genannt, die die eheliche Lebensgemeinschaft unmöglich machen. Dabei müsse es nicht um eine Geisteskrankheit oder eine Psychopathie gehen, sondern eine schwere psychische Störung, wie z.B. eine affektive Unreife, eine Anomalie in der Persönlichkeitsstruktur, eine Neurose oder Hysterie könnten eine Unfähigkeit zur Ehe bedingen.

Zur Depression wird festgestellt, dass sie die Persönlichkeit eines Menschen nicht so beeinflusse wie eine Psychose, es sei denn sie entwickle sich zu einer schweren psychotischen Erkrankung. Um festzustellen, ob eine Depression vorlag und welche Schwere sie hatte, sei von den Richtern ein Gutachten psychiatrischer oder psychologischer Provenienz anzufordern. Dabei sei es Aufgabe des Gutachters, das Vorliegen einer Störung zur Zeit der Eheschließung zu prüfen, ihre Natur, ihren Ursprung und ihre Schwere sowie ihren Einfluss auf den Entscheidungsprozess zu beurteilen. Das Urteil, ob eine Eheführungsunfähigkeit gegeben war, liege allein bei den Richtern.

Der Sachverhalt kann kurz zusammengefasst werden:

Als der Vater des Klägers verstarb (sic!) und daraufhin seine Gaststätte geschlossen werden musste, führte diese Situation zu nervöser Unruhe bis hin zur Depression auf Seiten des Klägers. Er war zu diesem Zeitpunkt 17 Jahre alt. Er sei, so der Kläger, nicht mehr aus dem Haus gegangen, habe von seinem Arzt Tabletten verschrieben bekommen, sei aber mehr zuhause als bei der Arbeit gewesen. Dies habe bis zur Zeit der Eheschließung andauert. In der Zeit der

Hochzeitsvorbereitungen sei er arbeitslos gewesen und habe sich wenig mit der anstehenden Hochzeit beschäftigt. Über die aus der Heirat entstehende Verantwortung habe er in keiner Weise nachgedacht.

Die Nichtklägerin und auch die Zeugen sehen den Tod des Vaters und den damit verbundenen Verkauf der Gaststätte allerdings als nicht so traumatisch an wie der Kläger. Die Partnerbeziehung sei gut gewesen, sie hätten sich gut verstanden und sie habe, so die Nichtklägerin, keine Veränderungen bemerkt und keine Schwierigkeiten für die geplante Heirat gesehen. Etwa ein Jahr nach der Eheschließung habe der Kläger jedoch angefangen zu trinken und die Arbeit zu vernachlässigen, was zu Streit unter den Eheleuten führte.

Wie die Aussagen der Parteien, so sind auch die der Zeugen nicht konform. Größtenteils sehen die Zeugen keine Auffälligkeiten des Klägers zur Zeit der Eheschließung und halten ihn für urteils- und ehefähig zu diesem Zeitpunkt. Die psychischen Probleme und der Griff zum Alkohol seien bald nach der Geburt des ersten Kindes entstanden, etwa ein Jahr nach der Eheschließung. Bis dahin seien die Partnerschaft und die Ehe gut verlaufen. Allerdings habe sich der Kläger nach der Eheschließung sehr verändert und habe keinen Job mehr behalten können.

Für die Rota-Richter bleibt aufgrund der widersprüchlichen Aussagen der Parteien und der Zeugen unklar, ob zur Zeit der Eheschließung psychische Beeinträchtigungen der Art auf Seiten des Klägers bestanden, dass er deswegen keine gültige Ehe eingehen konnte. Selbst der Hausarzt der Familie sah sich nicht in der Lage, ein Urteil dazu abzugeben, ob der Kläger die Fähigkeit zur Eheschließung und Führung einer Ehe hatte. Das in I. Instanz erstellte Gutachten erfüllt für die Rota-Richter nicht die notwendigen Qualitätserfordernisse: Es ist sehr kurz, bezieht sich nur auf die Aussagen des Klägers und seiner Zeugen. Dieses Gutachten gelange ohne weitere Erläuterungen zu der Schlussfolgerung einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur, die zu Ängsten und depressiven Reaktionen führe, sobald der Kläger in Stress gerate. Die Richter kritisierten an diesem Gutachten, dass es keine Aussagen über die Schwere dieser Störung mache, denn ihnen erscheine sie zu gering, als dass sie eine Eheunfähigkeit bewirken könne. In der Schlussfolgerung kommen sie daher zu einem negativen Urteil. Weder sei bewiesen worden, dass der Kläger an mangelndem Urteilsvermögen litt, als er die Ehe einging, noch seien die Beweise für eine Eheführungsunfähigkeit ausreichend.

Dass die Rota-Richter in diesem Fall ein negatives Urteil fällten, ist angesichts der dargestellten Rechtslage und des Sachverhaltes nachvollziehbar und angemessen. Deutlich wird die Auffassung der Richter, dass nicht die Veranlagung zur depressiven Erkrankung schon zur Eheunfähigkeit führe. Die Konzentration der Beweisführung darauf, ob zum Zeitpunkt der Eheschließung konkret eine depressive Phase bestand, ist jedoch angesichts der oben geschilderten Ansätze,

die Depression als eine die ganze Person betreffende Erkrankung zu verstehen, zu kurz gegriffen.

In dem Rota-Urteil c. MONIER vom 10.7.2009 geht es um ein Paar, dass trotz Verhaltensauffälligkeiten des Mannes kirchlich heiratete. Der Mann litt seit seinem 22. Lebensjahr an einer bipolaren Störung und befand sich mehrere Male zur Therapie im Krankenhaus. Das eheliche Leben verlief von Anfang an schwierig, schon in der Hochzeitsnacht kam es zu sexueller Gewalt des Mannes gegen seine Frau. Neun Monate nach der Heirat verließ der Mann die gemeinsame Wohnung, die endgültige Trennung erfolgte vier Monate später. Das von der Frau beantragte kirchliche Ehenichtigkeitsverfahren hatte zwei Klagegründe zu behandeln, nämlich die Eheschließungs- und die Eheführungsunfähigkeit (c. 1095, 2° und 3° CIC). Das Urteil I. Instanz lautete negativ. Die Klägerin legte Berufung gegen dieses Urteil ein und erhielt in II. Instanz eine positive Entscheidung. Daraufhin gingen die Prozessakten in III. Instanz an die Rota Romana.

Im Rechtsteil des Urteils wird besonders die erforderliche Schwere der psychischen Störung in Bezug auf die Eheschließung hervorgehoben. Darüber hinaus wird gefordert, dass die psychische Erkrankung / Anomalie zur Zeit der Eheschließung gegeben sein muss, um die Konsenserklärung zu verungültigen. Wenn sie erst im Verlauf der Ehe auftritt, tangiere sie nicht die Gültigkeit der Ehe; sei sie jedoch zur Zeit der Eheschließung schon *in nuce* erkennbar und breche während der Ehe in all ihrer Schwere aus, müsse man davon ausgehen, dass sie zum Zeitpunkt der Eheschließung schon vorlag²⁶. Die bipolare Erkrankung (Typ 1) wird als gravierende Störung verstanden, die eine klinische Behandlung erfordert und sich aufgrund einer oder mehrerer manischer Episoden zeigt. Zu 10-15% begingen Menschen mit bipolarer Störung Selbstmord. Gerade in der manischen Phase komme auch Gewalt gegen Frau und Kinder vor, die oder der Betreffende neige zu antisozialem Verhalten. Die bipolare Störung Typ 1 sei remittierend (vier Episoden innerhalb von 10 Jahren, so eine Studie) könne sich aber zu einer chronischen Erkrankung entwickeln²⁷. Um die Aus-

26 Vgl. RR c. BRUNO, 23.2.1990: RRDcc., vol. LXXXII, p. 142, n. 6; zitiert: RR c. MONIER, 10.7.2009, 213.

27 Vgl. DSM-IV³2001, 376: „Die Bipolare Störung I zeichnet sich aus durch eine oder mehrere Manische oder Gemischte Episoden, die gewöhnlich mit Episoden einer Major Depression einhergehen“. Davon unterschieden wird die Bipolar II Störung, die durch eine oder mehrere Episoden einer Major Depression und mindestens eine Hypomane Episode bestimmt wird. Vgl. DSM 5, 168-171: Dort findet eine breite Differenzierung zwischen der Bipolar-I-Störung, einer Hypomanen Episode, einer Episode einer Major Depression und der Bipolar-II-Störung mit hypomaner und depressiver Episode (Major Depression). Die einzelnen diagnostischen Kriterien können hier nicht aufgelistet werden, sind aber sicherlich hilfreich für die Erarbeitung von Fragen an die Parteien und

wirkungen dieser schweren Störung auf den Ehekonsens zu beurteilen, sei in aller Regel ein Gutachter beizuziehen²⁸. Von diesem werde verlangt, nach den Regeln seiner Wissenschaft, aufgrund der Akten und ggf. einer eigenen Untersuchung der betreffenden Person eine Beurteilung über die Natur, den Ursprung, die Schwere, den Zeitpunkt und den Einfluss der psychischen Störung auf die Person abzugeben²⁹.

Im Ergebnis gelangen die Rota-Richter zu einem positiven Urteil, denn seit Juli 1999 sei der Nichtkläger mehrfach aufgrund seiner psychischen Erkrankung stationär behandelt worden. Die Klägerin habe zwar gewusst, dass er an einer bipolaren Störung litt, habe aber das Ausmaß seiner Krankheit nicht gekannt. In der Hochzeitsnacht sei es zu Gehässigkeiten des Mannes gegenüber seiner Frau gekommen und auch schon in vorehelicher Zeit habe er sich ausfallend verhalten. In den fünf Monaten des Zusammenlebens habe er sich aggressiv, dann passiv, depressiv und dann wieder euphorisch gezeigt. Er habe darüber hinaus Halluzinationen gehabt. Das eheliche Leben sei ein totales Chaos gewesen. Die Zeugen bestätigen in beiden Vorinstanzen weitgehend die auffällige Verhaltensweise des Nichtklägers, werten diese allerdings unterschiedlich, was in der I. Instanz wohl zu dem negativen Urteil führte, zumal der Gutachter in dieser Instanz davon ausging, dass der Nichtkläger zur Zeit der Eheschließung im Vollbesitz seiner geistigen und seelischen Kräfte gewesen sei³⁰. Allerdings habe der Gutachter die Klinikberichte in seine Beurteilung nicht einbezogen und widerspreche sich letztlich selbst, wenn er die Erkrankung des Mannes als zwar vorübergehende, aber jederzeit wieder auftreten könnende Störung beschreibe, die klare Auswirkungen auf das eheliche Leben habe. Das negative Urteil der I. Instanz beruhe auf der mangelnden Übereinstimmung des Gutachtens mit den sicheren Fakten, die im Verlauf des Prozesses gesammelt wurden.

Zeugen im Zusammenhang mit einem Ehenichtigkeitsverfahren gemäß c. 1095, 2° und 3° CIC, in dem das Thema einer manisch-depressiven Erkrankung eine Rolle spielt.

- 28 „Iuxta principia a Lege statuta valde iuvat officium periti vel peritorum.“: RR c. MONIER (s. Anm. 26), 214. Vgl. KLÖSGES, J., Ehenichtigkeitsverfahren bei psychisch bedingten Konsensmängeln. Der Sachverständigenbeweis. (KStKR 21) Paderborn 2015.
- 29 „Ad munus periti pertinet, post attentam ponderationem tabularum processualium necnon inspectionem subiecti, si casus ferat, iuxta regulas propriae scientiae, conclusiones praebere quoad naturam, originem, gravitatem, tempus deflegrationis condicionem psychicae, necnon singillatim influxum in superiores patientis facultates“: RR c. MONIER (s. Anm. 26), 214.
- 30 „Tempore prolationis consensus Peritus aestimat Conventum fuisse in spatio sanitatis mentis quod permittit „una clara recuperación de toda la capacidad psicológica que facilita retomar al nivel de funcionamiento (familiar, social académico o laboral) previa a la crisis“: RR c. MONIER (s. Anm. 26), 218.

In II. Instanz wurden dann die Klinikberichte der Akte hinzugefügt. Daraus ließ sich entnehmen, dass der Mann innerhalb von sechs Jahren (1999-2006) neun Krankenhausaufenthalte hatte und als bipolar erkrankt eingestuft wurde. Die Diagnose entstand auf der Grundlage des RORSCHACH-Tests,³¹ durch den dann auch paranoide Elemente im Denken (*ideación*) des Nichtklägers erkannt wurden. Die allgemeine Diagnose lautete auf eine affektive bipolare Störung des Typ 1, die seit dem 14. Lebensjahr des Mannes bestand und therapeutisch sowie medikamentös behandelt wurde. Ein weiteres Gutachten wurde aufgrund der klinischen Berichte in II. Instanz nicht eingeholt. Es erging ein positives Urteil zu c. 1095, 2° und 3° CIC, das von den Richtern der Rota Romana bestätigt und mit der Auflage versehen wurde, der Mann dürfe ohne Konsultation seines Ortsordinarius nicht erneut (kirchlich) heiraten.

In einem weiteren Urteil der Rota Richter aus dem Jahre 2010 geht es um eine 1965 geschlossene Ehe, die 1979 endgültig gescheitert war. Diese Ehe verlief von Anfang an unglücklich, es gab charakterliche Probleme auf beiden Seiten und beide Partner mussten mehrfach im Krankenhaus behandelt werden. Sie hatten in den 14 Jahren ihrer Ehe sechs gemeinsame Kinder gezeugt. Als der Mann 1982 die Klage wegen Persönlichkeitsstörungen auf seiner Seite und mangelnder Reife auf Seiten der Nichtklägerin einreichte, verweigerte letztere ihre Mitwirkung an dem Verfahren und wurde für prozessabwesend erklärt. Die I. Instanz fällte ein affirmatives Urteil, in II. Instanz wurde ein ordentliches Verfahren eröffnet und negativ entschieden. Aufgrund der Berufung des Klägers wurde der Gerichtshof der Rota Romana in III. Instanz tätig und holte ein Gutachten ein.

In Iure:

Trotz des zum Zeitpunkt der kirchlichen Eheschließung geltenden CIC/1917 wird der CIC/1983 mit c. 1095, 2° und 3° als zutreffende Norm herangezogen, weil es sich um eine auf den naturrechtlich notwendigen Konsens und seine Gültigkeit bzw. Ungültigkeit beziehende Sache handelt. Zwei Dinge werden gemäß c. 1095, 2° verlangt:

- Der Mangel im Urteilsvermögen muss schwerwiegend sein
- und sich auf die wesentlichen Rechte und Pflichten der Ehe beziehen.

Will heißen, das Urteilsvermögen muss nicht in perfekter Form vorliegen, sondern dem Eingehen einer Ehe angemessen sein. Im Umkehrschluss bedeutet das, es muss sich um eine Störung in der Persönlichkeit des Kontrahenten handeln, die die freie und bewusste Wahl behindert, wenn eine Eheunfähigkeit gegeben sein soll.

31 Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Rorschachtest>

Die Beweisführung erfolgt über die üblichen gerichtlichen Anhörungen und ein einzuholendes Gutachten, bezogen auf das objektive Vorliegen einer Störung in der Persönlichkeit und deren Einfluss auf den Konsens.

In facto:

Im vorliegenden Fall litt der Kläger nach eigenen Aussagen sowohl vor als auch nach der Eheschließung unter Halluzinationen, was von den Zeugen bestätigt wird. Der Gutachter spricht von einer pathologischen Unreife des Mannes, der seine Frau demütigte, sich selbst und seine Kinder vernachlässigte. Beide Parteien wurden in kinderreichen, armen Familien groß, wodurch ihre Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt wurde. Allerdings fehlen Aussagen, die die Störungen in den Persönlichkeiten beider Partner nachweisen. Die Gutachten sprechen jedoch von einer paranoischen Schizophrenie auf Seiten des Klägers, und zwar in vorehelicher und auch in ehelicher Zeit. Diese habe ihn unfähig gemacht, die Bedeutung einer Ehe zu begreifen, zu wollen und zu leben.

Die Frau litt an einer cyclothymen Erkrankung, die ebenfalls schon vor der Eheschließung und die Ehe begleitend vorlag und sich im Verlauf der Ehe zu einer manisch-depressiven Psychose auswuchs. Auf diesem Hintergrund beurteilt der Gutachter die Nichtklägerin als unfähig, wenigstens das minimal erforderliche Urteil über die Rechte und Pflichten einer Ehe zu treffen. Diese Diagnose bezieht sich auf die entsprechenden Kriterien in DSM-IV-TR und führt die Richter zu der notwendigen moralischen Gewissheit, ein positives Urteil in beiden Klagepunkten zu treffen.

In einem Rota-Urteil aus 2008 geht es um eine bipolare Erkrankung der Nichtklägerin. Die Parteien waren beide 39 Jahre alt, als sie 1996 kirchlich heirateten. Vor ihrer zivilen Eheschließung 1994 gab es eine sechsmonatige Trennung; der Mann war in erster Ehe verheiratet und wartete auf die Annullierung dieser Ehe.

Die Erkrankung der Nichtklägerin erforderte schon vor der Eheschließung einen Klinikaufenthalt. Die Ehe verlief unglücklich und wurde nach drei Jahren getrennt, ob wohl die Partner einen gemeinsamen Sohn hatten.

Die Urteile in I. und II. Instanz stimmten nicht überein, so dass die Rota Romana in III. Instanz tätig wurde.

In Iure:

In der Rechtslage der III. Instanz wird darauf hingewiesen, das bloße Schwierigkeiten in der interpersonalen Beziehung der Parteien eine Ehe nicht verungültigen, es müsse sich um eine psychische Ursache handeln, die das eheliche Leben moralisch unmöglich und intolerabel mache. Dieses psychische Defizit müsse zum Zeitpunkt der Eheschließung vorliegen, auch wenn der Einfluss, den dieser Mangel auf die Ehe nimmt, erst zu einem späteren Zeitpunkt erkennbar sei. Dabei gehe es um schwere Störungen, die zu einer echten Unfähigkeit führen.

Im konkreten Fall ging es um eine bipolare Störung, die mit regelmäßiger Einnahme entsprechender Medikamente ausgeglichen werden konnte. Mehrere medizinische Expertisen ließen erkennen, dass es sich um eine bipolare Störung mit schweren psychotischen Schüben und chronischem Verlauf handelte. Diese Diagnose wird von dem von den Rota-Richtern herangezogenen Gutachter bestätigt, und zwar auf den Zeitpunkt der Eheschließung bezogen und weiterhin andauernd. Es erging ein affirmatives Urteil zu c. 1095, 3° CIC.

Ein Rota-Urteil aus 2010 enthält in der Rechtslage den Hinweis, dass es bei c. 1095, 2° und 3° CIC nicht um die Schwere der psychischen Störung an sich, sondern darum gehe, wie schwerwiegend sich diese auf das Urteilsvermögen hinsichtlich der Rechte und Pflichten der Ehe auswirke. Dabei müsse es nicht um eine Geisteskrankheit oder eine echte Psychopathie gehen, sondern als schwerer Mangel könne auch affektive Unreife, Anomalie in der Persönlichkeit, Neurose oder zum Beispiel Hysterie gelten. In der Beweisführung geht es also nicht allein um das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder Störung, sondern insbesondere um die Auswirkung, die diese auf den Konsens und die Eheführung hatte.

In diesem Fall litt die Frau schon seit ihrer Jugend unter depressiven Episoden, deretwegen sie sich seit 1983 in Therapie befand. Die Symptome bei der Nichtklägerin zeigten sich als langes im Bett liegen und im Haus sein, mangelnde Hygiene und Vermeidung von Licht. Die Nichtklägerin wurde medikamentös behandelt, verschwieg dem Kläger aber, dass es sich um Antidepressiva handelte, und gab die Medikamente als Magentabletten aus. Der Kläger spricht auch von Reizbarkeit bis hin zum Streit ihrerseits. Während der Ehe sei ihr Verhalten merkwürdig und weiterhin depressiv gewesen. Unter diesem Einfluss erkrankte der Kläger schließlich selbst.

Der Gutachter diagnostiziert eine psychopathologische Störung auf Seiten der Frau und sieht den Hintergrund dafür in der Familienstruktur. Diese schwere psychische Erkrankung habe zur Eheunfähigkeit geführt.

Die Richter fällten aufgrund der übereinstimmenden Zeugenaussagen, der ärztlichen Stellungnahme und des Gutachtens ein affirmatives Urteil, wobei die Auswirkungen der Erkrankung auf das eheliche Leben eine große Rolle für die Bewertung spielen.

In einem letzten mir bekannten Urteil geht es um eine narzisstische Persönlichkeit mit einer geringen Form von bipolarer Störung auf Seiten des klagenden Mannes. Die Klage wurde angenommen unter den Gründen von c. 1095, 2° und 3° CIC auf einer oder beiden Seiten. Während in I. Instanz ein affirmatives Urteil erging, leitete die II. Instanz den Fall in ein ordentliches Verfahren über, unternahm aber keine weitere Beweisaufnahme und forderte auch kein Gutachten an. So erging in II. Instanz ein negatives Urteil, woraufhin der Kläger Berufung an die Rota Romana einlegte. Die Prozessfrage beschränkte sich – dem zweit-

stanzlichen Urteil folgend – auf c. 1095, 2° auf Seiten beider Partner. Ein Gutachten wurde eingeholt.

In Iure:

Auch in diesem Rechtsteil wird – wie an anderen Urteilen zu c. 1095, 2° – betont, dass das Urteilsvermögen sowohl objektiv als Verständnis dessen, was Ehe ist, als auch subjektiv, d.h. bezogen auf die konkrete Beziehung und Ehe gegeben sein muss.

Die Schwere der Erkrankung zu bestimmen sei Aufgabe des Gutachters. Dazu seien die Partei- und Zeugenaussagen erforderlich, die sich auf die Zeit vor der Eheschließung, aber auch die Zeit danach beziehen müssten. Der Bezug auf die Zeit nach der Eheschließung ist notwendig, um die Auswirkung der Störung oder Erkrankung auf die Paarbeziehung beurteilen zu können. Entscheidend ist: Die Richter sind in ihrer Beurteilung des Gutachtens frei.

In I. und II. Instanz wurden zwar gewisse Charakterschwächen beider Parteien festgestellt, die aber nicht den Schluss auf einen schweren Mangel im Urteilsvermögen zuließen. Das Beweisproblem in beiden Instanzen ergab sich wohl daraus, dass kein Gutachter zu Rate gezogen wurde. Das aber geschah in III. Instanz, und der beauftragte Gutachter hörte persönlich die Parteien an, um Fakten zu Kindheit und Jugend zu eruieren. Dabei kam heraus, dass beide Partner aus dysfunktionalen Familien stammten. So verließ die Nichtklägerin im Alter von 15 Jahren ihr Elternhaus und übernachtete bei einem Freund in dessen Garage. Ihr fehlte eine enge Beziehung zu ihren Eltern, so dass sie kein positives Selbstwertgefühl entwickeln konnte. Sie wollte aber geliebt und akzeptiert werden, was ihre Verhaltensweise prägte, wobei sie sehr empfindlich auf Zurückweisung und Kritik reagierte.

In der Familie des Klägers gab es Alkoholprobleme, die bei ihm zu einem Konflikt vermeidenden Verhalten, zu einem geringen Selbstwertgefühl und zu einer insgesamt negativen Entwicklung seiner Persönlichkeit und seiner seelischen Fähigkeiten führte.

Die Zeugen beobachteten schon vor der Eheschließung massive Schwierigkeiten zwischen den Parteien. Sie seien streitbar gewesen und der Nichtklägerin habe es an der Bereitschaft gefehlt, Verantwortung zu übernehmen. Beide seien als zwei Individuen in die Ehe gegangen, die kein Team waren und wurden. Zu einer echten Lebens- und Liebesgemeinschaft sei es nicht gekommen. Die Mutter des Klägers spricht auch von finanzieller Unverantwortlichkeit der Frau, denn sie habe viel Geld für Dinge ausgegeben, die sie nicht wirklich gebraucht habe.

Das Gutachten:

Die Gutachterin sieht auf diesem Hintergrund eine schwere Störung auf Seiten der Nichtklägerin zum Zeitpunkt der Eheschließung als gegeben an. Sie stellt eine Kombination aus einer narzisstischen Persönlichkeit mit bipolaren Anteilen

fest. Die Nichtklägerin habe einen Mann gebraucht, um sich selbst entwickeln zu können. Das sei ein Zeichen ihrer mangelnden Sicherheit. Dabei sei sie unfähig gewesen, ein reifes Verständnis von Ehe zu gewinnen. Zudem hatte sie Perioden exzessiven Trinkens, oft begleitet von depressiven Schüben. Schon als sie noch jung war, brauchte sie eine Beziehung, um sich vollständig zu fühlen. Diese Probleme seien familiär bedingt.

Ein Zitat aus dem Urteil: *„Miss K. entered the marriage with the expectations based on her psychological needs and not on what one would consider a mutual and reciprocal caring, concern and consideration. With Ms. K., when things didn't go her way, she dropped them. It is to be remembered in the marriage that she stated if it didn't work out they could always get a divorce. Her solution to marital conflicts reflects the damaged decision-making skills she had when she entered the marriage. This examiner feels that Ms. K. was not able to enter an adult relationship“.*

In Bezug auf den Kläger nimmt die Gutachterin eine vermeidende Persönlichkeitsstörung an. Er habe zur Zeit der Eheschließung psychologische „Scheuklappen“ aufgesetzt, so wie er immer mit den Anforderungen des Lebens umgegangen sei. Er habe von sich selbst gesagt, dass er Probleme im Umgang mit Emotionen und im Verstehen anderer Menschen habe, die auch vor allem auf emotionaler Ebene. Auch hier wieder ein Zitat aus dem Urteil:

„De viri modo sese gerendi in relatione interpersonalis prosecuta est Perita: „Avoidance of problems in the relationship, avoidance of his responsibility to be attentive to the needs and feeling states of his wife, avoidance of relational conflicts and a tendency to not deal with them“.

Zusammenfassend seien die wichtigsten Ergebnisse der Durchsicht genannt:

- Als Klagegründe kommen c. 1095, 2° und 3° CIC in Frage.
- Die depressive bzw. bipolare Störung muss zum Zeitpunkt der Eheschließung vorliegen. Bricht sie erst im Verlauf der Ehe aus, bleibt zu prüfen, ob es schon vor der Eheschließung versteckte Anzeichen (*in nuce*) dafür gab.
- Zu erheben sind die objektive Diagnose und deren Auswirkung auf die konkrete Partnerschaft und Ehe. Es muss sich um eine solche depressive bzw. bipolare Störung handeln, die das Eheleben nicht nur erschwert, sondern unmöglich macht.
- Es müssen zumindest Stellungnahmen behandelnder Ärzte vorliegen, letztlich aber ist ein aussagekräftiges psychologisch/psychiatrisches Gutachten einzuholen, das auf der Grundlage des christlichen Menschenbilds argumentiert.

VII. WÜRDIGUNG

Die Urteile machen deutlich, wie sehr eine depressive oder bipolare Erkrankung auf die Partnerschaft und Ehe einwirken kann. Gerade die gegenseitige Verantwortung füreinander, für gemeinsame Kinder sowie das gegenseitige Wohl können von einer depressiven oder bipolaren Persönlichkeitsstruktur eines der beiden Partner stark betroffen zu sein. Unter Anerkennung der wiederholten Mahnungen, nicht schon jede Schwierigkeit führe zur Ungültigkeit einer kirchlich geschlossenen Ehe, hängt es am grundlegenden Verständnis der depressiven Erkrankung, ob eine Ehe unter dieser Voraussetzung gültig geschlossen werden kann. Geht man – wie die traditionelle Auffassung – davon aus, dass es auf die konkrete depressive oder manische Episode zum Zeitpunkt der Eheschließung ankommt,³² wird man anders urteilen müssen, als wenn man die jüngeren Erkenntnisse zur Depression als eine die ganze Person betreffende Erkrankung mit sich wiederholenden Phasen versteht. Denn wenn die Depression – immer gemeint auch im Sinne der manisch-depressiven Erkrankung – die ganze Person betrifft, stellt sich ganz logisch die Frage, ob diese „ganze Person“ ehefähig ist. Dann kommt es nicht mehr auf die konkrete depressive oder manische Phase direkt im Zeitpunkt der Eheschließung an,³³ sondern auf die grundsätzliche Feststellung der Erkrankung schon vor der Eheschließung und deren diagnostische Einordnung bezüglich ihrer Schwere. Die oben genannten Kriterien für die Diagnose der affektiven Störung weisen an sich schon darauf hin, dass sie eine gleichberechtigte Partnerschaft und Ehe, zumal mit gemeinsamen Kindern zumindest erschweren. Die Frage wäre also zu stellen: Inwiefern lässt die depressiv-manische Grunderkrankung zu, dass die betreffende Person in der Lage ist, eine Ehe mit gleichen Rechten und Pflichten zu schließen und zu führen? Ist der manisch-depressiv Erkrankte in der Lage, von sich selbst und seinen Problemen abzusehen, seine Verhaltensweisen zu beeinflussen und den anderen Partner als in seinen Rechten und Pflichten gleichberechtigt anzusehen? Sollte das erkennbar und psychologisch-psychiatrisch nicht der Fall sein, ist von der Ungültigkeit der Ehe auszugehen; das positive Urteil könnte sich sowohl auf c. 1095, 2° als auch auf c. 1095, 3° berufen.

Dass die affektive bipolare Störung *eo ipso* zu einem mangelnden Urteilsvermögen oder sogar zum mangelnden Vernunftgebrauch (c. 1095, 1° CIC) führt, bezweifle ich³⁴. Dazu bräuchte es genauer Nachfragen, in welcher Weise ggf.

32 Vgl. DORDETT, A., Eheschließung und Geisteskrankheit. Eine Darstellung nach der Rechtsprechung der S. Romana Rota. Wien u.a. 1977, 47-49.

33 Das wäre der Fall, wenn man die betreffende Person als geisteskrank im Sinne mangelnden Vernunftgebrauchs verstehen würde.

34 Vgl. dazu HEIDL, Psychische Störungen (s. Anm. 3), 120: „Fände ... eine Eheschließung statt [bei depressiver Erkrankung eines der beiden Partner, Anm. der Verf.], ist zu

die allgemeine Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit der betreffenden Person eingeschränkt war, als sie heiratete. An dem oben geschilderten Beispiel aus der diözesanen Rechtsprechung wird allerdings deutlich, dass der Kläger sowohl in der depressiven als auch in der manischen Phase nicht mehr die Fähigkeit besaß, seine Frau als gleichberechtigte Partnerin zu behandeln, sondern sie entweder als diejenige brauchte, die ihm über die depressiven Gefühle und Gedanken hinweg half (depressive Phase) oder als eine stille Gefährtin, die auf ihn wartete, während er seinen diversen Beschäftigungen nachging (manische Phase). Das betrifft aber eher die Eheführungsfähigkeit im Sinne von c. 1095, 3° als die mangelnde Reife oder Urteilsfähigkeit (c. 1095, 2°). Das Rota-Urteil c. MONIER vom 10.7.2009 wiederum zeigt, inwiefern die Fähigkeit, die ehelichen Rechte und Pflichten überhaupt zu erkennen und im Hinblick auf die eigene Person, die eigene Erkrankung und die auf Ehe ausgerichtete Beziehung zu bewerten, gestört sein kann.

Diese Aspekte werden in einem bislang unveröffentlichten Urteil von 2010 noch verdeutlicht: Wichtig sei nicht nur der Nachweis, dass eine psychische Krankheit oder Störung vorgelegen habe, sondern zu beweisen sei die Beziehung zwischen dieser Erkrankung und dem Konsens. Die Intensität und Schwere der Störung zum Zeitpunkt der Eheschließung müsse geprüft werden. Dabei sei nicht jede Form der depressiven Erkrankung als Krankheit zu bewerten, insbesondere nicht die leichte depressive Störung oder vorübergehende Phasen von Traurigkeit. Nach *Dignitas connubii* Art. 209 sei ein Gutachten notwendig, in dem deutlich werden müsse, ob die Erkrankung schon der Eheschließung vorausging, wie schwerwiegend sie war, welchen Ursprung und welche Auswirkungen sie auf die Ehe hatte.

Welche Schlussfolgerungen können nun in Bezug auf die gestellte Frage gezogen werden?

- Die Zunahme depressiver und bipolarer Erkrankungen wird – so kann man vermuten – die kirchlichen Gerichte beschäftigen, indem Menschen, die selbst oder als Partner oder Partnerin davon betroffen und daran in ihrer Ehe gescheitert sind, das Urteil der Kirche zur Gültigkeitsfrage ihrer Ehe erbitten. Sicherlich ist diesbezüglich nicht von einem großen Anstieg der Ehenichtigkeitsverfahren auszugehen, aber das Thema kommt wahrscheinlich häufiger auf die Gerichte zu als in den vergangenen Jahren.

beachten, dass dem depressiven Nupturienten aufgrund mangelnden Vernunftgebrauchs (c. 1095, 1°) und fehlender innerer Freiheit (c. 1095, 2°) kein gültiger Konsens möglich sein könnte. ... Zwischen den depressiven Phasen, in den sog. Luziden Intervallen sind der ausreichende Vernunftgebrauch und die ausreichende Urteilsfähigkeit gegeben“. Dasselbe nimmt die Autorin für die manische Erkrankung an (S. 122) und die bipolare Störung an (S. 125).

- Wesentlich für den Umgang mit diesem Thema scheint der Blick auf die ganze Person, auf ihre ganze Persönlichkeitsentwicklung und die Abwendung von einer alleinigen Konzentration auf den Eheschließungszeitpunkt und das Vorhandensein der depressiven bzw. bipolaren Störung bzw. Episode genau in diesem Moment zu sein.
- Die Erkenntnis, dass es sich bei der affektiven Störung um eine Erkrankung mit mehreren Episoden handelt, die sowohl in der depressiven als auch in der manischen Phase massive Irritationen und Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu psychotischen Schüben mit sich bringt, erweitert den Blick auf die Konsequenzen dieser Erkrankung in Bezug auf Ehe und Familie. Und genau das führt dazu, den Zeitpunkt der Eheschließung zwar als Ausgangspunkt zu verstehen, aber die Auswirkung der Störung auf das eheliche Leben mit zu berücksichtigen. Denn Verhaltensweisen, die sich erst in der Ehe zeigen, können Hinweise auf eine schon längerfristig vorliegende schwere affektive Störung geben. Das wurde an dem Rota-Urteil c. MONIER deutlich.
- Trotzdem muss gelten: Nicht jeder Mensch, der an Depressionen irgendeiner Form leidet, ist automatisch eheunfähig. Eine Depression kann auf verschiedenen Wegen (stationär, medikamentös, therapeutisch) behandelt werden, die ein „normales“ Leben ermöglichen. Nicht jede Depression muss so schwerwiegend sein, dass sie die gesamte Denk- und Handlungsfähigkeit sowie die gesamte Gefühlswelt eines Menschen außer Kraft setzt. Dabei sind aber die verschiedenen Formen der Depression gut zu unterscheiden: Ein Leben mit einem manisch-depressiven Partner ist aufgrund der wechselnden Krankheitsphasen vermutlich schwieriger und gefährdeter als eines mit einer immer mal wieder leicht depressiven Person, insbesondere in Bezug auf die Grundlagen des Ehe- und Familienlebens.
- Insofern bedarf es zur Beurteilung der Ehefähigkeit eines Betroffenen auf jeden Fall eines psychologischen oder psychiatrischen Gutachtens, dem nach Entscheidung des Fachmannes / der Fachfrau eine Exploration des Betroffenen vorausgehen sollte. Die einfache Begründung dafür lautet: Die kirchlichen Richter/innen sind in aller Regel nicht psychologisch geschult genug, um über das Vorliegen einer affektiven Störung hinaus deren Ursprung, Auswirkung auf das Leben und den Schweregrad beurteilen zu können. Es wäre angesichts der Vielfältigkeit dieser Erkrankung eine Anmaßung, wollte das kirchliche Gericht aus nur eigener Autorität diese Fragen beurteilen. Die Änderung des kirchlichen Ehenichtigkeitsprozesses durch das Apostolische Schreiben *Mitis Iudex Dominus Iesus* von P. FRANZISKUS und die damit verbundene Streichung der notwendigen Bestätigung des Urteils I. Instanz durch die Oberinstanz macht es

erst recht notwendig, dort Sachverständige und Gutachter hinzu zu ziehen, wo das eigene Wissen, die eigene Qualifikation nicht mehr ausreicht³⁵. Diese Grenze zu erkennen, gehört zum richterlichen Dienst hinzu, der auf die Suche nach Wahrheit ausgerichtet ist. Im Letzten geht es um das Recht auf Ehe, das nach katholischem Verständnis in aller Regel durch die kirchliche Eheschließung verwirklicht wird. Dies bedeutet, nicht einfachhin jeden Menschen, der an einer affektiven Störung leidet, als zur Ehe unfähig anzusehen. Insofern müssen die Schwere der Erkrankung, ihre Auswirkung auf Ehe, Familie und Partnerschaft, ihre Tendenz, sich im Laufe des Lebens zu wiederholen, und ihre Therapierbarkeit berücksichtigt und fachgerecht beurteilt werden.

- Die Urteilsfähigkeit hinsichtlich der Rechte und Pflichten einer Ehe kann – wenn nicht auf Seiten des depressiv Erkrankten selbst – vor allem auch auf Seiten des Partners vorliegen. Denn zu erkennen, dass das Verhalten eines Menschen abwechselnd von depressiven und manischen Schüben geprägt ist, was eine psychische Erkrankung darstellt, dürfte nicht jedem möglich sein. Hinzukommen kann, dass die Wahrnehmung auffälligen Verhaltens – insbesondere in der depressiven Phase – zu der Konsequenz führt, den Partner auf keinen Fall verlassen zu dürfen, sondern helfen zu müssen. Das, was in Bezug auf den in einer Partnerschaft und Ehe auftretenden Alkoholismus des einen und die Co-Abhängigkeit des anderen Partners beschrieben wird, kann wohl auch auf die depressive bzw. bipolare Erkrankung eines Partners angewandt werden. Je stärker die Erkrankung ausgeprägt ist, umso mehr kann sich ein Netz aus Erkrankung und Helfersyndrom entwickeln, das eine reflektierte und auf alle notwendigen Aspekte ehelichen Lebens bezogene Entscheidung nicht mehr zulässt.
- Darüber hinaus kann die Veranlagung zu wiederkehrenden depressiven oder bipolaren Episoden Gegenstand einer Täuschung des anderen Partners sein, sofern sie verschwiegen wird, um die Beziehung und die Eheschließung nicht zu gefährden (c. 1098 CIC). Diese Schlussfolgerung ist allerdings nur möglich, wenn man die affektiven Störungen als eine Eigenschaft versteht, die von Bedeutung für die gesamte Beziehung und das ganze gemeinsame Leben ist.

Diese Überlegungen sind dem Ziel gewidmet, die „Volkskrankheit“ Depression, insbesondere in Form der bipolaren Störung, näher in den Blick zu nehmen und in Bezug auf die Ehenichtigkeitsverfahren nicht *a priori* außen vor zu lassen. Die geringe Anzahl an Ehenichtigkeitsverfahren, die eine affektive Störung

35 C. 1678 § 3 *Mitis Iudex*: „In Sachen wegen Impotenz oder Konsensmangels aufgrund von Geisteskrankheit oder einer Anomalie psychischer Natur bediene sich der Richter des Dienstes eines oder mehrerer Sachverständiger, wenn das nicht nach den Umständen evident nutzlos erscheint ...“ (Übersetzung Klaus LÜDICKE 2015).

dieser Art zum Thema haben, hängt vermutlich damit zusammen, das rechtserhebliche Vorliegen einer Depression oder einer bipolaren Erkrankung auf den Zeitpunkt der Eheschließung konzentriert zu haben. Die jüngeren Ansätze machen deutlich, dass es nicht genau um den Zeitpunkt der Eheschließung vor dem Altar geht, sondern um die depressive Person als ganze. Und die geforderte Schwere des mangelnden Urteilsvermögens bezieht sich nicht nur auf die Schwere der psychischen Erkrankung oder Störung, sondern darüber hinaus – und vielleicht sogar wichtiger – auf die Auswirkungen auf die Partnerschaft und Ehe.

Damit ist ein neues, zumindest erweitertes Kapitel in der kirchenrechtlichen Bewertung dieser psychischen Erkrankung im Blick auf die Konsens- und Ehefähigkeit aufgeschlagen.

* * *

ABSTRACTS

Dt.: Die Zunahme depressiver Erkrankungen in den letzten Jahren und erst recht in Verbindung mit der Corona-Pandemie gibt Anlass, die Frage nach deren Auswirkungen auf Partnerschaften und Eheschließungen zu stellen. Vor entsprechenden kirchenrechtlichen Überlegungen ist die Depression als psychische Erkrankung in ihren verschiedenen Formen und Ausprägungen in den Blick zu nehmen. Jüngere Literatur liefert dazu Aufschlussreiches. Anhand von diözesanen- und Rota-Urteilen kann ein Erkenntnisgewinn hinsichtlich bestehender Rechtsprechung zum Thema erarbeitet werden, um anschließend die Perspektive bisherigen Denkens zu erweitern. Entscheidend bleibt am Ende die Einsicht, dass nicht jedes depressive Empfinden *a priori* zur Nichtigkeit der Eheschließung führt. Jedoch darf die eherechtliche Beurteilung nicht eingeschränkt bleiben auf den depressiven Zustand eines oder beider Partner zum Zeitpunkt der Trauung. Der Würdigung ärztlicher Diagnosen sowie psychologischer und / oder psychiatrischer Gutachten kommt eine große Bedeutung zu.

Ital.: L'aumento delle patologie depressive negli ultimi anni ed ancor di più in concomitanza con la pandemia del Corona virus offrono lo spunto per sollevare domande riguardo ai loro effetti sui rapporti di coppia e sui matrimoni. Prima di fare le dovute riflessioni dal punto di vista del diritto canonico, è doveroso prendere in considerazione la depressione in quanto patologia psichica in tutte le sue diverse forme e manifestazioni. Recenti pubblicazioni forniscono informazioni esplicative a riguardo. Sulla base dei giudizi emessi dalle diocesi e dalla Sacra Rota Romana è possibile aumentare le conoscenze per quanto concerne la giurisprudenza vigente in materia, al fine di ampliare successivamente la prospettiva sul pensiero affermatosi finora a riguardo. In fine rimane decisivo il giu-

dizio secondo il quale non tutti i sentimenti depressivi portano a priori alla nullità matrimoniale. Tuttavia il giudizio del diritto matrimoniale non può rimanere limitato alla condizione depressiva di uno o di entrambi i coniugi al momento delle nozze. Una certa importanza va attribuita al riconoscimento di una diagnosi medica, come e perizie psicologiche e/o psichiatriche.